

M/2013



Assurance emprunteur – Fausse déclaration intentionnelle

Civ. 2, 3 octobre 2013, n° 12-25.837

Les faits Souscrits par une même personne, plusieurs emprunts sont assortis d'assurances prévoyant, notamment, la garantie décès. Le preneur meurt lors d'un accident de la circulation. Les ayants-droit du défunt se voient opposer par les assureurs la nullité du contrat, conséquence de la fausse déclaration intentionnelle du risque. En l'espèce, le diabète dont il souffrait n'a pas été déclaré par l'assuré. Les juges du fond approuvent la position des assureurs : compte tenu de l'ancienneté de sa maladie, de la gravité de l'affection dissimulée, qui augmentait de façon significative les risques pour la santé de l'assuré, « y compris le risque de décès accidentel », l'assuré a commis une fausse déclaration intentionnelle le privant de la garantie (C. assur., art. L. 113-8). La Cour de cassation rejette le pourvoi des ayants-droit.

La décision L'assuré avait sciemment commis, à l'occasion de la signature des contrats d'assurance, une fausse déclaration intentionnelle propre à changer l'objet du risque ou à en diminuer l'appréciation par l'assureur.

■ **Commentaire** Comme c'est souvent le cas en matière d'assurances de personnes, la nullité de la police est encourue pour dissimulation des antécédents médicaux lors de la souscription. La formule employée par la Cour de cassation est devenue classique et laisse une pleine latitude à l'appréciation souveraine des juges du fond.

■ JÉRÔME SPERONI

Questionnaire de santé

PRÉVOYANCE PRO ACTIVE APRIL



PRA 0110
PRA 0120

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Le questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entraînera vos deniers complétement. **Les informations médicales que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel.** En nous apportant le maximum d'informations vous nous aidez à vous répondre dans les plus brefs délais. Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire sous pli cacheté, accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans le fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance, Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 Lyon Cedex 03.

TOUTES LES QUESTIONS SONT À COMPLÉTER PAR OUI OU PAR NON ET À PRÉCISER EN CAS DE RÉPONSE POSITIVE.

n° adhérent : _____

ASSURÉ(E) NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE :
1	Taille :cm	Poids :kg
Actuellement :		
a. Êtes-vous en arrêt de travail total ou partiel (hors congés légaux pour maternité) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Mois : Date de début : Date de fin :
b. Êtes-vous atteint d'une infirmité ou d'une invalidité ou d'une incapacité permanente totale ou partielle ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Motif : Date de début : Date de fin : Nom de la maladie : Impact de la maladie ou invalidité :
2		
c. Avez-vous un traitement médicamenteux, et si oui, avez-vous une prise en charge thérapeutique (exemples : kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychiatrique, préparat végétal sauf pour traitement de contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Nom de la maladie : Nature du traitement : Date de début de traitement : Date de fin :
Au cours des 5 dernières années :		
d. Avez-vous eu pendant plus de 3 semaines un traitement médicamenteux (hors prise en charge thérapeutique (exemples : kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychiatrique, préparat végétal) sauf pour traitement de contraception ou affections saisonnières telles que la grippe, les rhinites) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Nom de la maladie : Nature du traitement : Date de début de traitement : Date de fin :
3		
e. Avez-vous les pas sé, sans le comprendre à court terme ou de façon récurrente, au moins l'un des symptômes suivants : vertige, équilibre, pour opération, gestes médicaux ou chirurgicaux, endoscopie, amniocentèse, angioplastie, examen gynécologique, transfusion, cure de désobésité, cure de dépendance (sauf pour grossesse, végétations, amygdales, dent de sagesse, déviations de la cloison nasale, césarienne, IVG, appendicite, lithiases vésiculaires, hémorroïdes) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date : Raison : Impact de l'événement :
f. Avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sang, urinaire, de selles), cardiologie, échographie, échodopplérométrie, échocardiographie, échographie (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, radiologie, mammographie), hors bilan annuel systématique (médecine du travail) et suivi systématique en période de grossesse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : Date : Raison : Résultats :
Au cours des 10 dernières années :		
4		
a. Avez-vous été en arrêt de travail total ou partiel pendant plus de 3 semaines consécutives (hors congés légaux pour maternité) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Motif : Date de début : Date de fin :
b. Avez-vous été atteint d'une infirmité ou d'une invalidité ou d'une incapacité permanente partielle ou totale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Motif : Date de début : Date de fin : Nom de la maladie : Impact de la maladie ou invalidité :
5		
c. Avez-vous eu un accident (sans entraîne des séquelles) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date : Lieu de l'accident : Description des dégâts (exemples : épave, gonflé) :
d. Avez-vous eu, avec ou sans l'aide d'une aide humaine, un ou plusieurs blessés ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nom de la maladie : Nature du traitement : Date de début :

(4) Merci de fournir la copie des examens de suivi de votre accident

(6) Merci de fournir la copie des examens de suivi de votre maladie